FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° 481

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 5 juillet 1900 à 1 heure

Par ÉLIE BONNAT

Né à Verneuil-sur-Vienne (Haute-Vienne) le 9 avril 1875
Interne à la maison de santé de Vanves (Seine)

**

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LA PÉRIODE TERMINALE
DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

ET LA MORT DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

Président : M. RAYMOND, *professeur.*

Juges : MM. DEBOVE, *professeur.*
MÉNÉTRIER et DUPRÉ, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
JOUVE ET BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1900

481

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547213_0036

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 5 juillet 1900 à 1 heure

Par Élie BONNAT

Né à Verneuil-sur-Vienne (Haute-Vienne) le 9 avril 1875
Interne à la maison de santé de Vanves (Seine)

**

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA PÉRIODE TERMINALE

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

ET LA MORT DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

ACAD. DOCTORAT PUBL.

Président : M. RAYMOND, *professeur.*

Juges : MM. DEBOVE, *professeur.*
MÉNÉTRIER et DUPRÉ, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes partie de l'enseignement médical

PARIS
JOUVE ET BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ROUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André)	HARTMANN	MERY	WALTHER
BHARRIN	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LEGUEU	TEISSIER	
		THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Professeur de clinique des maladies nerveuses à l'Université de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA PÉRIODE TERMINALE

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

Et la mort des paralytiques généraux

INTRODUCTION

Il est peu de maladies mentales qui aient été étudiées avec autant de soin que la Paralysie Générale ; les ouvrages qui lui sont consacrés suffiraient seuls à composer une vaste bibliothèque. Une maladie aussi fréquente, et qui compromet à la fois la raison et la vie, devait nécessairement s'imposer à l'étude d'un grand nombre d'observateurs. Aussi, depuis sa découverte, a-t-on beaucoup discuté, et discute-t-on encore sur les différents points de son histoire : L'étiologie, le pronostic, la nature de cette affection ont donné lieu à des communications nombreuses et bien documentées, surtout dans ces dernières années.

Au contraire, quand on lit les différents traités de médecine mentale, tant étrangers que français, on est frappé de l'accord que l'on y observe dans la description de la période terminale de la paralysie générale.

Sur ce point, les discussions ont été beaucoup moins vives et moins nombreuses, et les descriptions de cette période se ressemblent étrangement chez les différents auteurs ; il y a une véritable tradition classique, réunissant l'unanimité.

Cependant, dans ces dernières années, M. Arnaud a élevé la voix contre l'opinion classique (Société médico-psychologique), et a publié dans les *Archives de neurologie* (1) un article sur la période terminale de la Paralysie générale.

Inspiré par ses idées, et étonné du peu de concordance existant entre ce que nous avons lu et ce que nous avons observé pendant nos deux années d'internat à la maison de santé de Vanves, c'est la même étude purement clinique que nous voulons poursuivre et nous efforcer de confirmer par des observations nouvelles persuadé, comme M. Arnaud, que les auteurs ont été tout au moins « trop exclusifs » dans leurs affirmations sur ce point.

Mais avant d'aller plus loin, nous tenons à remercier les maîtres de Limoges et de Paris qui ont toujours mis à notre service le fruit de leur expérience avec le plus entier dévouement.

1. F. L. Arnaud. *Sur la période terminale de la paralysie Générale. Archives de Neurologie*, 1897, n° 18.

A Limoges, nous avons été l'interne de MM. Raymond et G. Raymondaud, interne et prosecteur de M. J. Lemaistre. Ces maîtres nous ont guidé dans la chirurgie et l'anatomie avec une sollicitude particulière, et nous leur devons une grande part de notre reconnaissance, ainsi qu'à M. Boulland, qui nous a toujours ouvert son service avec son amabilité bien connue.

Nous remercions M. le Dr Albert Robin et M. le Professeur Dieulafoy pour les solides enseignements cliniques que nous avons puisés dans leurs services.

M. le Dr Vallon, médecin en chef de l'asile clinique de Sainte-Anne nous a donné, en maintes circonstances, des preuves de sa bienveillance : Nous ne l'oublierons jamais et l'en remercions bien vivement.

Enfin, M. Falret, médecin honoraire de la Salpêtrière et M. Arnaud, médecin directeur adjoint de la maison de sa .té de Vanves, nous ont initié à l'étude de la pathologie nerveuse et mentale, et guidé dans ces études avec une sollicitude dont nous leur sommes très reconnaissant. Aussi, c'est avec regret, qu'arrivé au terme de nos études, nous sommes obligé de quitter ces maîtres dont nous avons si bien pu apprécier les qualités de l'esprit et du cœur.

Nous prions M. le professeur Raymond de vouloir bien agréer nos remerciements respectueux pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse inaugurale.

DIVISION

Nous passerons d'abord en revue les différents auteurs qui se sont occupés de la question, et nous verrons combien ils sont unanimes dans une opinion traditionnelle.

Nous dégagerons ensuite les faits principaux que nous a fournis la clinique et nous exposerons, en la comparant à l'opinion classique, notre façon d'envisager la question relativement aux points suivants :

1° Quel est, en clinique, l'état des paralytiques généraux arrivés à la dernière période de leur affection?

Nous ne nous occuperons que des *signes physiques*, l'étude de la démence paralytique avancée n'étant plus à faire, et nous insisterons principalement sur les symptômes moteurs et les prétendus troubles trophiques.

2° Comment meurent les paralytiques généraux quand ils échappent aux causes de mort accidentelles indépendantes de leur paralysie générale? En un mot, quelle est la terminaison naturelle de la paralysie générale?

3° Quelle est la signification des ictus apoplectiformes ou épileptiformes dans la paralysie générale?

Viendront enfin nos observations et nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Opinions des auteurs.

Les paralytiques généraux, arrivés à la dernière période de la maladie, deviennent peu à peu complètement impotents. Ils subissent progressivement la « fonte paralytique », restent confinés au lit, impuissants à se tenir debout, ou même assis ; finalement « réduits à l'état de tubes digestifs », ils meurent dans « le marasme », après avoir présenté divers « troubles trophiques », dont les escarres constituent le plus fréquent et le plus grave, à moins qu'ils ne soient prématurément emportés par quelque affection intercurrente (pneumonie, diarrhée), un accident (asphyxie par bol alimentaire), ou une *complication*, telle que l'ictus cérébral.

Telle est, rapidement résumée, l'opinion des auteurs sur la fin des paralytiques généraux.

Il est frappant de constater avec quelle unanimité elle est admise et enseignée partout, tant à l'étranger qu'en France où la maladie a été décrite pour la première fois, et où cette opinion a vu le jour. Il semble vraiment étrange que, dans une maladie où

on est si divisé sur la pathogénie, où on discute tant sur le diagnostic et l'anatomie pathologique, où on n'est pas d'accord même sur le pronostic, un seul point reste acquis, admis par tous sans contestation, à savoir que *fin naturelle* des paralytiques généraux est la mort par *marasme*, *accidentellement* par ictus, et que les troubles trophiques sont chez ces malades particulièrement fréquents et rebelles à tout traitement.

Nous avons, en effet, cherché l'opinion divergente, mais en vain : de Bayle à nos jours, à l'étranger comme en France, l'idée exprimée est la même, sauf peut-être quelques différences dans la part faite par les auteurs aux complications, aux accidents et aux affections intercurrentes. Qu'on en juge :

« Au deuxième degré de la troisième période, « écrivait Bayle 1826 (1) (Bayle distinguait 3 degrés « dans la troisième période), les malades ne peu- « vent plus se *soutenir d'eux-mêmes*...

« Il vient un moment où les membres sont tout à « fait *incapables de maintenir le tronc* quoiqu'ils « conservent d'ailleurs encore des mouvements vo- « lontaires (P. 509). Au troisième degré de la troi- « sième période, « les malades ne peuvent ni mar- « cher, ni *se soutenir sur leurs jambes, ni même se* « *soutenir assis et attachés* » (P. 513). Il signale comme habituelles l'infiltration des jambes et les eschares gangréneuses et profondes (P. 530).

1. A. L. J. Bayle. *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*. Paris, Gabon et Cie, 1826.

L'auteur n'a pas changé d'idée en 1855.

« La parole qui était lente et difficile, écrit-il à « cette époque (1), devient tremblante et souvent « inintelligible ; la démarche d'abord mal assurée, « devient de plus en plus chancelante, vacillante, « tremblante et enfin *impossible...* »

Calmeil, traçait de son côté un tableau de tous points semblable : « Presque toujours, dit-il (2), à la « troisième période, les extrémités inférieures sont « devenues tellement faibles que le *paralytique ne « peut plus se tenir debout...* Un temps viendra « même où étant assis l'aliéné ne pourra plus ni « soulever ni étendre les jambes. La peau se dénude, « et des *eschares profondes* se forment sur les points « du corps les plus saillants... Il est rare que la « mort survienne uniquement par suite des altéra- « tions qui existent dans le cerveau ; à peu près « constamment les organes thoraciques ou abdomi- « naux s'affectent... » (p. 77-79).

L'opinion de l'auteur n'avait pas varié en 1859 (3) : « D'abord les paralytiques cessent de se tenir en équilibre sur leurs jambes, puis ils *cessent de garder leur équilibre, même quand ils sont assis...* Lorsque la mort n'arrive qu'au dernier terme de l'é-

1. Bayle. *De la cause organique de l'aliénation mentale accompagnée de paralysie générale. Ann. med. psych.*, juillet 1855

2. Calmeil. *De la paralysie considérée chez les aliénés.* Paris, J.-B. Baillière, 1826.

3. Calmeil. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau.* Paris, J.-B. Baillière et fils, 1859.

puisement, les talons, les hanches, le siège se couvrent presque nécessairement d'eschares gangréneuses ou de vastes foyers de suppuration (I, p. 285).

Pinel n'était pas moins catégorique (1) : « Le troisième degré de la paralysie générale, écrit-il, est marqué par l'aggravation de tous les symptômes, par un commencement de *marasme*, et par la formation des *eschares gangréneuses ;* la sensibilité et l'intelligence sont presque abolies ; il survient de la contraction dans les membres, des convulsions partielles, des complications vers les organes thoraciques ou abdominaux ; les malades succombent dans le *marasme le plus complet.* » (P. 394).

Nous verrons cependant plus loin, quand nous parlerons des eschares, que l'auteur fait quelques réserves au sujet de la gravité de ces complications.

Un peu plus tard, Hubert-Rodrigues, traitant le même sujet (2), n'est pas seulement catégorique : Il frappe l'imagination en traçant avec force détails un tableau effrayant de l'état du paralytique à la troisième période : « Lorsque les malades se soutiennent jusqu'à ce degré (3e degré), écrit-il, ils offrent un état déplorable...

« Non-seulement les jambes ne peuvent plus sup-
« porter le corps, mais, étendues dans le lit, elles
« se meuvent à peine. Si on lève les malades, il faut
« les placer dans un fauteuil, et les soutenir par des

1. Pinel. *Pathologie cérébrale.* Paris-Rouvier, 1844.

2. Hubert-Rodrigues. *Traité de la paralysie générale chronique.* Anvers Imp. Buschman, 1847.

« courroies, pour qu'ils ne glissent pas jusqu'à « terre... Les extrémités s'infiltrent, s'œdématient, « se couvrent d'ulcérations de mauvaise nature ; des « *escharès profondes* se forment sur les points les « plus saillants; la peau du sacrum, des coudes, des « talons, des trochanters prend une couleur vio- « lette, tombe *en gangrène* ainsi que les parties « sous-jacentes... De *vastes foyers purulents* se dé- « couvrent dans le dos, aux lombes, aux bourses : « la *gangrène du poumon* a été vue plusieurs fois... « (P. 174 à 180). Enfin la mort vient mettre un « terme à cette scène de désolation ».

L'auteur, qui s'étend longuement sur l'*asphyxie*, la *constipation*, la *diarrhée*, comme causes de mort, ne parle des ictus qu'incidemment et à propos des « complications : « quelquefois, dit-il, la paralysie « suit sa marche ordinaire, c'est-à-dire chronique ; « tout-à-coup elle devient complète. Cela peut tenir « à une congestion générale du cerveau... »

Sans vouloir anticiper, nous tenons cependant à dire dès maintenant, que, selon nous, on n'assiste pas aussi généralement à ce spectacle en effet lamentable, et que l'ictus est par trop négligé : Nous verrons plus loin quelle importance nous lui assignons.

Quelques années plus tard, Lunier (1), sans insister autant que le précédent auteur exprimait à peu près la même opinion :

1. Lunier. *Recherches sur la P. G. P. Extrait des Ann. méd. psyçh.*, Paris, Masson 1849.

« Dans la seconde période de Paralysie Générale, « écrit-il dans les *Annales médico-psychologiques* « les fonctions digestives s'exécutent en général fort « bien..... Ce n'est que plus tard que surviennent la « maigreur, le *marasme*, les *taches gangréneuses*, « la mort ». Plus loin, parlant des attaques, l'auteur ajoute : « La Paralysie Générale confirmée présen- « te quelquefois, sous l'influence d'une violente con- « gestion cérébrale, une aggravation subite que l'on « pourrait à la rigueur considérer comme une pério- « de d'acuité de la maladie. Mais il me semble pré- « férable de regarder ce phénomène *comme un sim- « ple accident*, une exacerbation passagère de la « paralysie », p. 52 et 114.

Plus près de nous, A. Voisin (1), abordant « l'étude « détaillée des phénomènes de cachexie qui sont le « propre de la paralysie générale à la 3e période » décrit minutieusement les différentes manifestations de cet état : Constipation, diarrhée, engraissement ou amaigrissement rapide, teinte terne de la peau, odeur repoussante *sui generis* de ces malades, chute des cheveux, teinte brune des ongles ; mais « l'un des accidents les *plus redoutables*, dit-il est *l'apparition des eschares* » ; celles-ci, « qui sont « sous la dépendance d'un trouble général de la nu- « trition et de l'innervation, apparaissent aux diver- « ses régions du corps, et ce ne sont pas seulement

1. Voisin. *Traité de Paralysie Générale des aliénés*, Paris, Baillière, 1879.

« les parties comprimées qui en sont le siège.... A « moins que les eschares ne guérissent, la mort sur- « vient au bout d'un certain temps par suite de *maras-* « *me*... Le plus souvent, l'infection putride apparaît « un jour ou l'autre avec son redoutable cortège de « symptômes.... et la mort ne tarde pas à arriver ». (P. 151 et suiv.).

On nous permettra de faire remarquer ici, et nous y reviendrons plus tard, qu'à notre avis, on a exagéré considérablement le rôle des troubles trophiques dans la Paralysie générale, contrairement à ce qu'on a fait pour celui desictus. Il est juste de constater que A. Voisin considère ces derniers comme une cause de mort assez fréquente, (un tiers des malades), mais il en fait une complication, au même titre que la pneumonie, l'infection purulente ou la diarrhée.

Quatrefages (1) est du même avis, et pour lui également, les eschares sont une complication redoutable : « L'amaigrissement devient extrême, dit-il, il « se forme des eschares sur les points du corps les « plus saillants. Le dos, les lombes, le sacrum sont « le siège de plaies de mauvaise nature. Enfin, la peau « devient terreuse, le pouls petit, les parties décli- « ves s'infiltrent, et le malade meurt dans le *ma-* « *rasme* ».

1. Quatrefages. *De la paralysie Gén. des aliénés.* Montpellier, 1861.

Lasègue (1), tout en faisant une certaine part aux ictus dans les causes de mort des paralytiques, n'en parle cependant qu'incidemment, et considère qu'on doit conserver l'expression de « marasme paralytique » comme rendant bien l'état habituel de ces malades à la dernière période de leur maladie : « Avec la démence confirmée, écrit-il, se sont de « plus en plus étendus les troubles paralytiques. La « vitalité de la peau est diminuée ; aux points de « contact se développent des *eschares profondes*, « et ces malades succombent dans un état de ca- « chexie, de marasme, auquel, à bon droit, on a « donné le nom de *marasme paralytique*. Parfois la « mort arrive plus prompte et par accident. Comme « la déglutition se fait mal, quelque soin qu'on prenne, « les aliments peuvent passer dans le larynx et « déterminent la suffocation. La station horizontale « obligée peut donner lieu à des pneumonies hypos- « tatiques ». P. 835. On trouve à peu près la même opinion exprimée par Foville (2) dans son excellent article du *Dictionnaire de Jaccoud*, et plus tard par Dagonet (3) : « Lorque les malades sont arrivés « à la période terminale, dit Foville, les mains ne « peuvent rien faire, les jambes *ne peuvent suppor-* « *ter le corps* ; le malade partage son temps entre le

1. Lasègue. *Leçons sur la Par. Gén.* rédigées par le Dr Motet. *In études médicales.*

2. Foville. *Dictionnaire de Jaccoud. Art. Paralysie Générale*, (1878). Tome I, Asselin et Cie 1884.

3. Dagonet. *Traité des maladies mentales.* Paris, Baillière 1894.

« lit et un fauteuil où il a peine à se soutenir... *misé-*
« *rables grabataires*, les aliénés paralytiques, à leur
« déclin, végètent dans leur lit, ne pouvant ni mar-
« cher ni se tenir debout, ni rien faire d'utile de leurs
« mains... Alors, mais alors seulement leur déchéan-
« ce irrémédiable *justifie le terme de Paralysie gé-*
« *nérale*.

La mort se produit par différents mécanismes : 1° Agitation, fonte paralytique et marasme nerveux ; 2° Attaques congestives. 3° Asphyxie alimentaire ; 4° « Enfin, lorsqu'aucun *des accidents* que nous ve-
« nons d'énumérer n'enlève le malade *d'une manière*
« *prématurée*, il s'épuise lentement et finit par suc-
« comber sous l'influence seule des progrès de la
« Paralysie Générale... »

A la troisième période, dit Dagonet, « les mala-
« des sont très anémiés, ils maigrissent rapidement.
« Leurs traits s'altèrent »... « La vessie, le rectum sont paralysés... Le paralytique périt, pour ainsi dire, d'inanition ; il succombe quelquefois à la suite de *vastes eschares* qui se forment sur les parties du corps qui servent de point d'appui ; ou bien ces malades sont pris d'*affections intercurrentes*, de *congestions passives*, de *pneumonie hypostatique*, d'*affections gangréneuses* provoquées par l'état de *marasme cachectique* qui résulte des progrès de la paralysie ». L'auteur cite les ictus comme « terminant *quelquefois* l'existence », mais ce « quelquefois » indique quelque chose d'exceptionnel, et l'au-

teur parle beaucoup plus volontiers des eschares et autres affections intercurrentes.

Ball (1), sans insister beaucoup, émet une opinion analogue: « Presque toujours, vers la fin de la mala-« die, on voit survenir un amaigrissement rapide et « prononcé, qui s'accompagne assez souvent de « diarrhée et de marasme... P. 860. A la troisième « période, *la paralysie* envahit les membres, enfin, « des *eschares* se développent sur plusieurs points, « annonçant une fin prochaine ». P. 873.

Plus près de nous, nous voyons Christian et Ritti(2) dans leur article du *Dictionnaire encyclopédique* considérer également la mort par le marasme comme la terminaison la plus fréquente dans la Paralysie générale (52 fois sur 119 hommes et 9 fois sur 20 femmes) :

« La mort arrive par épuisement ; il vient un mo-« ment où le malade amaigri, condamné à une im-« mobilité absolue, ne peut plus même avaler. Alors « se forment des escarres gangréneuses, qui non seu-« lement s'étendent en profondeur, mais qui, dans « certains cas, s'accompagnent de décollements éten-« dus dans la région du dos, de fusées purulentes « le long des cuisses, et déterminent une septicémie « à laquelle le malade succombe plus ou moins ra-« pidement. »

1. B. Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, 2e édition. Paris, Asselin et Houzeau, 1890.

2. Christian et Ritti, Article *Paralysie gén. In Dictionnaire encyclop. des sciences médicales*, 1884.

Cependant les auteurs font entrer les attaques épileptiformes et apoplectiformes parmi les causes de morts *inhérentes à la maladie elle-même* et font une assez large part à cette cause de mort : 48 cas sur 119 hommes et 10 cas sur 20 femmes. Nous sommes très heureux de trouver ici cette assertion, et les chiffres sont sigificatifs.

Mais alors, pourquoi ne pas placer les attaques dans le tableau même de la mort habituelle des paralytiques ?

D'après Cullerre (1), « à l'engraissement succède « un amaigrissement rapide terminé par le *marasme*. « Dénué désormais de toute résistance organique, « ils (les paralytiques) succombent à la moindre af- « fection intercurrente, surtout à la congestion pul- « monaire et à la broncho-pneumonie... La peau de- « vient le siège d'éruptions pemphigoïdes et surtout « *d'eschares*, accident redoutable entraînant rapide- « ment la mort des malades ». Suit une longue description de ces eschares.

Par contre, nous relevons les ictus au titre « complications »: « Les complications de la paralysie gé- « nérale consistent en attaques qui peuvent se pro- « duire à toutes les périodes de la maladie... »

Bra (2) est à peu près du même avis, et pour lui le malade « le *plus souvent*, s'éteint lentement dans le *marasme et l'adynamie* ».

1. Cullerre, *Traité pratique des maladies mentales*, Baillière, 1890

2. Bra. *Manuel des maladies mentales*. Paris, Delahaye, 1883.

D'après Régis (1), « les malades en arrivent à ne plus quitter leur lit, à devenir grabataires, et bientôt, sous l'influence de l'altération du système nerveux, ils présentent des troubles *trophiques* et de dégénérescence divers, tels que : amaigrissement cachectique, tendance aux fractures et aux luxations... abcès... *eschares du sacrum, des fesses, du talon*... La mort a lieu soit par les progrès mêmes de la *déchéance physique* (marasme ou cachexie paralytique, soit par le fait d'une complication quelconque, *soit enfin à la suite d'attaques congestives* » p. 440.

Pour Magnan et Sérieux (2), « à la période terminale, la marche devient impossible... Cette déchéance de l'organisme en son entier ne tarde pas à devenir incompatible avec l'existence : il se produit de l'amaigrissement, de l'œdème des jambes, du muguet, le pouls s'affaiblit, la température s'abaisse, et le paralytique s'éteint insensiblement dans le *marasme*. Viennent ensuite par ordre de fréquence pour les causes de mort les attaques apoplectiformes et épileptiformes. Citons ensuite la pneumonie... »

Pour Ballet et Bloch (3), la mort arrive « soit dans la cachexie et le marasme qui accompagnent la

1. E. Régis. *Manuel pratique des maladies mentales*, 2e édit. Paris, O. Doin, 1892.

2. Magnan et Sérieux. *La paralysie générale*, collection Léauté Paris, Masson, 1894.

3. Ballet et Blocq. *Traité de médecine de Bouchard et Charcot*. Art. *Par. gén.*

démence, soit à la suite de divers accidents. Parmi ceux-ci, il faut citer la mort subite. *Les escarres* et les infections secondaires qu'elles entraînent sont des complications assez fréquentes; *il arrive aussi* que les malades succombent à la suite d'une attaque d'apoplexie ou d'accès sériés d'épilepsie ».

Enfin Trélat (1), Carrier (2), dans les communications à la Société médico-psychologique, (1855 et 1885), ont décrit longuement les troubles trophiques dans la troisième période de la paralysie générale, et classé les attaques parmi les complications *possibles*; et M. Munoz (3), « dans les trois cas bien « caractérisés de cette affection observés (par lui) « parmi les hommes de couleur, (a vu) le marasme, « la diarrhée et les eschares gangréneuses toujours « terminer la maladie ».

Les auteurs Allemands partagent, sur la question qui nous occupe, l'opinion des auteurs français. Notre intention n'est pas d'en citer un grand nombre : Ce serait fastidieux : Nous en choisirons seulement quelques-uns parmi les plus compétents en la matière : Pour Schüle (4), «les troubles ataxiques

1. Trélat. *De la paralysie générale. Annales médico-psychol.* 1855.

2. Carrier, méd. des hôp. de Lyon. *Complications viscérales de la par. gén. Ann. méd. psych.*, mars 1885.

3. Munoz. *Quelques mots sur la démence paralytique observée à l'île de Cuba. Ann. méd. psych.*, mars 1866.

4. Schüle. *Traité clinique des maladies mentales.* Traduction Dagonet et Duhamel. Paris, Lecrosnier et Babé, 1888.

« observés au début dans les muscles du tronc et « des extrémités continuent à s'accentuer pour ar- « river à une *paralysie complète* ; de sorte que le « malade devient *incapable de marcher, de se tenir « debout*, est dans l'impossibilité de faire des mou- « vements avec les bras. P. 336. Enfin, arrive la « mort : 1° par *marasme* et thrombose marastique ; « 2° par pneumonie ; 3° par convulsions ; 4° enfin « une maladie intercurrente, pneumonie, pleurésie, « eschares et septicémie, larges phlegmons gangré- « neux, etc,. P. 348 ».

D'après Krafft-Ebing (1), « la forme du stade ter- « minal est *une et la même pour tous les malades*, « quelle qu'ait été l'évolution ou la forme de la pé- « riode intervallaire... *La démarche devient impos- « sible...*, les mains sont devenues inutilisables... « et le malade périt par suite du décubitus qui peut « *ouvrir même la cavité vertébrale*, par la pyémie, « par la pneumonie..., ou encore par suite d'un accès « épileptiforme ou apoplectiforme p. 669 ».

L'opinion de Krœpelin (2) n'est pas différente : Dans les dernières périodes de la maladie, « le ma lade devient presque complètement insensible. La faiblesse musculaire augmente. Il se produit des raideurs, des secousses, des contractures et des atrophies musculaires étendues de sorte que le *malade*

1. Krafft-Ebing. *Traité clinique de psychiatrie*, 5e édit. Traduction E. Laurent, Paris, Maloine, 1897.

2. Emil Krœpelin. *Traité de psychiatrie 2e volume. Psychiatrie clinique*, 1899.

perd la possibilité de se remuer volontairement, *ne peut ni marcher, ni se tenir debout*, et doit rester assis... Avant d'arriver à ces degrés extrêmes de démence apathique et de *Paralysie généralisée*, il se manifeste souvent des périodes de transition.... La fin mortelle de la paralysie générale est occasionnée par les causes les plus diverses.

Abstraction, faite de quelques tentatives de suicide ayant réussi dans les premiers temps, *il peut survenir* dans le cours de la maladie des attaques subites et inattendues qui mettent fin à la vie.

Dans les dernières périodes de la maladie, les catarrhes pulmonaires, suite du passage de la salive ou d'aliments dans les voies aériennes, surtout pendant les attaques, *sont la cause la plus fréquente de la mort.*

De plus, il survient de temps en temps des intoxications du sang, des embolies, des eschares, par suite de l'agitation, de l'insensibilité des malades et du décubitus prolongé, ou du catarrhe de la vessie. Quelques malades meurent étouffés, en se bourrant, pendant les repas, d'aliments, surtout de pain, qui s'introduisent dans le larynx. Enfin, la *terminaison la plus naturelle* de la paralysie générale, lorsque les malades ont échappé à toutes les autres causes de mort, est un profond *marasme*, où la mort survient par la faiblesse du cœur... »

Les auteurs anglais émettent aussi l'opinion que le plus habituellement les paralytiques meurent dans la cachexie et le marasme ; ils décrivent longue-

ment les complications de toutes sortes qui surviennent particulièrement à la troisième période, et parmi elles les attaques ; cependant nous verrons plus loin qu'ils font, en général, de très grandes réserves au sujet de la gravité de ces complications, et en particulier des escarres, et nos observations nous permettent d'être sur ce point pleinement de leur avis.

« Fréquemment, dit Sankey (1), une *affection* « *intercurrente* emporte les malades avant l'instal- « lation complète des phénomènes paralytiques. Ils « sont spécialement sujets à certains accidents en « rapport avec leur état, et parmi lesquels il faut « citer *l'asphyxie* par bol alimentaire. Ils s'exposent « aussi *au froid* et à ses conséquences. Les atta- « ques épileptiformes, suivies de coma, et simulant « parfaitement l'apoplexie, sont également fréquen- « tes à cette période... Mais la mort se produit dans « d'autres cas sans l'intervention de ces *accidents*, « par *cachexie*, par asphyxie, la paralysie s'éten- « dant aux muscles de la respiration (P. 155).

« La caractéristique de la troisième période est : « la démence au point de vue mental, et, du côté de « la motilité, l'impossibilité pour le malade de se « tenir debout... »

D'après Austin (2), le paralytique à la troisième

1. Sankey. *Lectures on mental deseases*. London, Churchill and sons, 1866.

2. J. Austin. *A practical account of gen. paralysis*. London, Churchill, 1859.

période, « devient bientôt faible, débilité et cachectique à tel point qu'il offre le tableau le plus lamentable que puisse offrir la misère humaine... Heureusement la mort arrive rapidement, et la *consomption* ou *le coma paralytique* terminent bientôt la scène ».

Pour C. Bucknill et H. Tuke (1), « à la dernière période, qui peut se prolonger des années, l'émaciation succède ordinairement à l'embonpoint. Dans quelques cas, le malade meurt sans être amaigri. Il peut se produire de l'agitation, mais ordinairement c'est une sorte de léthargie, non-seulement de l'esprit, mais aussi du corps, dont le repos est surtout troublé par les secousses ou les convulsions épileptiformes. Ces convulsions sont souvent une cause de mort, mais la *cause la plus fréquente est le marasme* (sheer exhaustion). Le malade est réduit à l'état le plus pitoyable qu'on puisse rêver chez une misérable créature ; les sphincters sont relâchés, les membres contracturés... la déglutition elle-même devient difficile, les muscles respiratoires sont paralysés, et la mort met fin à ces misères, ou plutôt à ce lamentable spectacle.... » P. 15. Hammond (2) (de New-York), et Mickle (3) (Londres) professent les

1. C. Bucknill and H. Tuke. *A manual of psychological medecine* London. Churchill, 1879.

2. *Traité des maladies du syts. nerveux.* Traduct. Labadie-La grave. Paris, Baillière, 1879.

3. Mickle. *On general paralysis of the insane*, 2e édition. London Lewis, 1886.

mêmes idées ; ils tracent un tableau frappant de la période terminale de la paralysie générale, et, parmi les causes de mort, rangent les ictus après toute une série de complications.

« Finalement, dit Mickle, le malheureux malade est complètement confiné au lit, affaibli, inerte, se souille d'urine et de matières fécales, et la sensibilité générale et cutanée, aussi bien que la coordination des mouvements, sont pour ainsi dire abolies. Ses sens spéciaux sont émoussés ou perdus, et le malade presque, ou même tout-à-fait incapable d'ingurgiter sans danger des aliments, va s'épuisant de plus en plus ; quelquefois surviennent de la diarrhée, des lésions pulmonaires, des contractures des membres... Si la cachexie due à la maladie elle-même n'emporte pas le malade, des complications directes ou indirectes, telles que des affections des poumons, des intestins, de la vessie ou des reins, viennent le délivrer heureusement par la mort ». P. 28. Plus loin, l'auteur ajoute :

« Le malade peut être enlevé par les suites de ces lésions, (escarres), suites telles que l'épuisement, la septicémie, la pyohémie, la méningite spinale, ou encore succomber à des affections pulmonaires ou abdominales... *Il peut encore être enlevé par des complications* ou des incidents tels que des hémorrhagies intra-crâniennes ou intra-spinales, de *violentes convulsions épileptiformes*, une *attaque apoplectiforme*, une embolie, un érysipèle phlegmoneux etc. ».

Le paralytique à la troisième période, dit Hammond, devient peu à peu « incapable de marcher, de se tenir debout, ou même d'être assis, et *reste confiné au lit jusqu'à sa mort.* Ce décubitus prolongé ne tarde pas à entraîner la formation d'*escarres*.... *On voit dans le cours de l'affection, des accès convulsifs* présentant généralement le caractère épileptiforme »...

CHAPITRE II

Ainsi donc, *mort habituelle* des paralytiques dans le marasme et la cachexie.

Fréquence extrême, pour ne pas dire présence constante de troubles trophiques, dont quelques-uns, *les escarres*, en particulier, compromettent souvent la vie.

Quelquefois, mort par complications telles que ictus, pneumonie infectieuse, catarrhe de la vessie, diarrhée colliquative, ou accidents, (obstruction des voies aériennes par bol alimentaire, etc.).

Telle est l'idée qui se dégage nettement de nos nombreuses citations.

Notre longue énumération a pu paraître fastidieuse ; on pourrait croire que c'est une compilation inutile. Elle nous a semblé, au contraire, extrêmement importante : nous avançons, en effet, que le résultat de nos observations était loin de concorder avec ce que nous avions lu, que les auteurs étaient unanimes à déclarer ce que nous venons de voir sur le sujet qui nous occupe, qu'en vain nous avions cherché la note discordante. Mais on n'avance rien sans preuves, et c'est pour cette raison que mettant en regard, d'un côté l'opinion classique, de l'autre nos

observations, nous ne pouvions passer sous silence les noms et les citations *textuelles* des auteurs qui ont écrit jusque-là sur le sujet.

Ainsi, mais ainsi seulement, nous nous croyons en droit de déclarer leur opinion unanime, et nous avons le devoir de leur opposer le résultat de nos observations, qui, bien que relativement peu nombreuses, nous ont paru cependant suffisantes pour apporter une contribution à l'étude de la période terminale de la paralysie générale, et tout au moins provoquer de nouvelles recherches sur ce point de pathologie jusque-là incontesté.

Nous n'avons pas l'intention de décrire dans son ensemble la période terminale de la paralysie générale, non plus que l'état mental des paralytiques à cette période : Nous nous bornerons à voir comment s'est produite la mort, dans les cas observés, et quel en a été le mode le plus fréquent. Nous examinerons l'état de la motilité chez nos divers malades, et, d'une façon générale, leur état de santé physique, tout en cherchant s'il n'est pas possible d'expliquer l'opinion un peu exclusive de tant d'observateurs sagaces et compétents.

Nous verrons enfin s'il n'est pas permis de dégager des faits quelques résultats utiles en clinique.

Nos observations portent sur 43 cas, répartis sur une période de dix années environ. Il est donc difficile de nous objecter qu'il s'agit d'une série exceptionnelle ; de plus, tous nos malades étant des hom-

mes, nos conclusions ne peuvent évidemment s'appliquer qu'à la paralysie générale masculine.

Période terminale. — Comment se sont comportés nos malades pendant cette période, au point de vue de la motilité et de l'état de santé physique ? Sur nos 43 cas, 25, c'est-à-dire sensiblement plus de la moitié sont « morts debout » : « Avec M. Falret, dit M. Arnaud (1), nous entendons par là les malades qui ont été atteints par la crise finale alors qu'ils conservaient encore, avec un bon état général, l'intégralité de leurs mouvements, et qui pouvaient aller et venir dans la maison sans gêne notable. » Il est impossible de retrouver, chez ces 25 malades, quoi que ce soit du tableau classique de la dernière période; quelque embarras dans leurs mouvements, un peu d'affaiblissement musculaire, et c'est tout. Jamais ils n'ont gardé le lit, jamais ils n'ont eu d'escarres, et ils ont jusqu'à leur mort conservé une force musculaire, une liberté de mouvements suffisantes pour aller et venir dans l'établissement aussi fréquemment que les malades non organiques, et cela sans l'aide de leurs infirmiers.

6 autres malades, sans être de « misérables grabataires » étaient cependant trop affaiblis pour circuculer librement ; ils avaient de la peine à quitter leur lit ou leur fauteuil, mais depuis peu de temps, au plus quelques semaines.

Enfin, les 12 autres, se rapprochant en cela du ma-

1. F. L. Arnaud. *Loco citato.*

lade type des auteurs, sont restés longtemps confinés au lit, gâteux, incapables de se mouvoir, réduits si l'on veut à l'état de « tubes digestifs ».

Mais, même dans ce groupe, nous n'avons rencontré chez aucun d'eux « l'amaigrissement rapide et prononcé » l'inanition, la « fonte paralytique » si souvent décrits.

Les accidents gastro-intestinaux ont été extrêmement rares et les malades ont été des « tubes digestifs » remplissant relativement bien leurs fonctions.

Quant aux escarres, réputées si fréquentes et si graves, nous n'en avons pas rencontré de véritables :

Plusieurs de nos paralytiques ont présenté sur les points comprimés, au niveau des saillies osseuses, (trochanters, sacrum, coudes), des excoriations, des exulcérations *superficielles*; mais jamais ces petites complications n'ont eu de suites graves (gangrène, phlegmons, pyohémie), ni déterminé la mort.

Bien au contraire, toutes ont guéri rapidement par la suppression de la cause (pression continue, frottement, grattage avec les ongles), par des soins de propreté et des précautions antiseptiques.

Enfin, la plupart des malades de cette dernière catégorie présentaient à peu près tous, des symptômes particuliers : je veux parler de symptômes spasmodiques qui ne se sont pas rencontrés chez les malades morts debout. Nous verrons que ces signes peuvent être de quelque utilité pour le pronostic.

Mort. — Nous venons de voir dans quel état se

trouvaient nos malades quand la mort est venue les frapper. De quelle façon cette dernière s'est-elle produite? Autrement dit, dans quelles proportions avons-nous rencontré les *différents modes* de mort ?

Et d'abord, nous pouvons réduire le nombre de ceux-ci à trois, et constituer ainsi trois groupes de malades, suivant que la mort est survenue : 1° par ictus cérébral, 2° par affection intercurrente, 3° par marasme.

Le premier groupe, et cela présente un intérêt considérable, est de beaucoup le plus nombreux : 34 sur 43 de nos malades, c'est-à-dire près de 80 o/o du nombre total, sont morts d'ictus (1), le plus souvent épileptiforme. On est frappé de ce résultat, quand on le compare aux différentes statistiques des auteurs qui présentent toutes des chiffres beaucoup moins élevés.

Le deuxième groupe (affections intercurrentes), comprend huit malades : Deux sont morts subitement d'une affection aortique diagnostiquée pendant la vie, cinq de maladies pulmonaires aiguës ou subaiguës, un enfin de complications gastro-intestinales. Toutes ces affections peuvent être considérées

1. Avec M. Arnaud, nous adopterons le mot « *ictus* » pour désigner des symptômes ordinairement connus sous le nom d'*attaques congestives*. Ce dernier terme paraît devoir être abandonné, car il implique une théorie pathogénique le plus souvent fausse (voir Charcot. *Mal. du syst. nerv.*, I, p. 252). Le mot ictus, au contraire, se borne à indiquer la soudaineté des accidents, et n'implique aucune théorie.

comme des causes de mort indépendantes de la paralysie générale.

Le troisième groupe ne comprend qu'un seul cas, observé minutieusement par M. Arnaud : Le malade, dit-il (1) « a fini dans le degré le plus avancé de l'usure organique, dans l'épuisement, dans le marasme total. Mais la physionomie clinique de son affection était bien spéciale. Après avoir présenté tous les signes physiques et psychiques d'une paralysie générale expansive, y compris plusieurs ictus dont le dernier se produisit deux mois avant la mort, ce malade a été confiné au lit pendant plus de 4 ans. Ses membres inférieurs *complètement paralysés* étaient le siège d'une atrophie musculaire considérable avec rétraction telle que le corps était complètement recroquevillé sur lui-même; les cuisses étaient fléchies à angle aigu sur l'abdomen, les jambes pareillement fléchies sur les cuisses, de sorte que les pieds étaient maintenus constamment au-dessus du plan du lit, sans point d'appui. J'ai vu le malade dans cette position pendant *plus de trois ans*. Les membres supérieurs conservaient quelques mouvements d'ensemble ; mais les avant-bras et les mains, très atrophiés, étaient immobilisés par la contracture; les mains étaient déformées en griffe.

La parole était supprimée pendant les trois dernières années de la vie, et la déglutition était devenue presque impossible. Après la mort qui survint

1. F. L. Arnaud, *loco citato*.

9 ans après l'entrée du malade à Vanves, tous les efforts restèrent impuissants à redresser les membres rétractés. L'autopsie n'a pas été faite ; mais il est bien évident qu'il y avait dans ce cas des complications médullaires étendues ». Même dans ce cas et cela est intéressant à noter, il ne se produisit pas d'escarres graves. De temps en temps, des exulcérations superficielles se firent sur les points comprimés et souillés par l'urine, mais toutes guérirent sans complication et le malade n'en présentait pas au moment de la mort.

Nous devons maintenant, après avoir exposé le résultat de nos observations, en déduire quelques conclusions qui semblent nettement s'en dégager : Nous avons vu que 34 de nos paralytiques sur 43 sont morts d'ictus, le plus souvent épileptiforme. C'est donc la grande majorité qui est emportée par ce genre de mort, et nous nous rangeons sans restriction à l'avis de M. Arnaud (1), qui « considère les attaques apoplectiformes ou épileptiformes, non comme une complication de la paralysie générale, mais comme un symptôme propre de la maladie, et, de plus, comme sa terminaison naturelle et la plus fréquente. Le paralytique, ajoute-t-il, succombe normalement à une de ses attaques, lorsque le cours de sa maladie n'est pas interrompu par quelque affection intercurrente, accidentelle, dont le prétendu marasme n'est d'ordinaire qu'une variété méconnue ».

1. F. L. Arnaud, *loc. cit.*

La proportion considérable des malades qui meurent d'ictus, jointe à l'extrême fréquence de ces derniers expliquent aisément cette opinion : Il est assez rare, en effet, de rencontrer des paralytiques qui dans le cours de leur maladie, n'aient pas présenté une ou plusieurs attaques. Tous nos malades en ont eu. De plus, ces accidents sont bien spéciaux à la Paralysie Générale, et ne ressemblent complètement à rien d'analogue. Enfin, nous venons de le voir, ils compromettent très souvent la vie. Il est donc tout naturel d'en faire non des complications, mais des symptômes constituant la cause de mort « naturelle et la plus fréquente dans cette maladie ».

Ces conclusions s'éloignent beaucoup de l'opinion classique. Que voyons-nous, en effet, dans les auteurs ?

Quelques-uns donnent des chiffres : Dans une statistique de Christian et Ritti (1), « 48 hommes sur 119 et 10 femmes sur 20, sont morts d'attaques épileptiformes ou apoplectiformes ». Ailleurs (2), Christian avance qu'un tiers environ, (3 o/o) des paralytiques meurent dans les convulsions. Voisin (3), donne à peu près la même proportion : « On peut estimer, dit-il, que, chez les paralysés généraux, la mort survient une fois sur trois dans le cours d'attaques apoplectiformes et convulsives ».

1. Christian et Ritti, *loc. cit.*

2. Christian, *Société méd. psych.*, 30 nov. 1889.

3. Voisin, *loc. citato.*

D'autres auteurs, sans donner de chiffres, considèrent les attaques comme relativement fréquentes, tout en les plaçant après le marasme parmi les causes de mort : « Viennent ensuite, (après le marasme) dit Magnan (1), les attaques apoplectiformes, puis les attaques épileptiformes... ». «... Il arrive souvent qu'une congestion subite enlève les malades... » (Pinel) (2) « Ils (les ictus) sont, dit Legrain (3), un des modes assez fréquents de terminaison de la maladie ». « Les convulsions sont souvent une cause de mort, mais la cause la plus fréquente est le marasme » (Bucknill et Tuke (4).

Enfin, d'autres observateurs semblent faire à l'ictus une part moins large : On observe enfin, dit Dagonet (5), des attaques épileptiformes... qui terminent *quelquefois* l'existence ». « *On peut voir survenir* (à la période terminale) dit Huet (6), des attaques apoplectiformes ou épileptiformes ». « *Il arrive aussi* que les malades succombent à la suite d'une attaque d'apoplexie, ou d'accès sériés d'épilepsie ». (Ballet et Blocq).

En un mot, tous les auteurs on parlé de l'ictus comme cause de mort plus ou moins importante dans la Paralysie Générale, mais aucun d'eux n'en

1. Magnan. *loc. cit.*
2. Pinel, *loc. cit.*
3. Legrain, *société médico psychologique.* 26 novembre, 1894.
4. Bucknill and Tuke, *loco citato.*
5. Dagonet, *loco citato.*
6. Huet, *Manuel de médecine. Art. Paralysie générale.*

fait le mode de terminaison le plus habituel, et la plupart rangent les attaques parmi les complications.

Pour eux, au même titre que les accidents gastro-intestinaux, l'asphyxie par bol alimentaire, la pyohémie, les affections du poumon, elles arrêtent la marche naturelle de la maladie, dont l'aboutissant est le marasme.

Quelques-uns seulement ont émis l'opinion que les ictus ne doivent pas être rangés parmi les complications: Christian et Ritti les font entrer parmi les causes de mort « inhérentes à la maladie elle-même ».

Legrain écrit qu'elles « comptent parmi les *syndrômes* les plus importants de la paralysie générale ».

Enfin Clouston (1) pense que ces troubles ne sont pas des complications, mais des symptômes de la paralysie générale.

Nous sommes heureux de rencontrer ces assertions auxquelles nous nous rangeons volontiers, bien que pour ces auteurs la proportion de mort par ictus soit bien inférieure encore á celle que nous fournissent nos malades.

Une autre conséquence résultant de nos observations, c'est que les auteurs ont beaucoup trop généralisé quand ils nous ont montré le paralytique à

1. Clouston. *Complicat. de la Par. gén. In mental science* 4e trimestre 1875.

la dernière période toujours, ou presque toujours confiné au lit, incapable de marcher, de se tenir debout, couvert d'escarres, se cachectisant de plus en plus, et mourant enfin dans le marasme.

Nous avons vu, en effet, que plus de la moitié de nos malades sont « morts debout », sans réaliser un seul point de ce tableau.

Quant aux autres, ils ont été alités plus ou moins longtemps, mais à beaucoup près, ils n'ont pas été dans un état aussi lamentable. Est-ce à dire cependant que les auteurs sont dans l'erreur ? Il n'est pas dans notre pensée de supposer cela : Des observateurs si nombreux et si compétents n'ont pas pu se tromper *d'une façon absolue* ; « Ils ont bien décrit ce qu'ils ont vu mais ce qu'ils ont vu tenait moins à la maladie elle-même qu'à une autre cause (1) », et cette cause est, semble-t-il, l'insuffisance du personnel dans la plupart des asiles : Nous sommes persuadés que, si beaucoup de nos malades n'ont pas été condamnés au séjour forcé au lit, si, parmi les alités, nous avons rencontré des complications peu graves et peu nombreuses, ce résultat était dû en grande partie aux soins *individuels* dont ces malades étaient constamment entourés.

Ces soins sont si variés, si multiples, qu'un personnel très nombreux est indispensable pour les donner d'une façon satisfaisante. Que, par exemple, au moment des repas, l'infirmier assiste son

1. F. L. Arnaud, *Loc. cit.*

malade, il l'empêchera d'avaler gloutonnement ses aliments : Il évitera la plupart du temps l'asphyxie par bol alimentaire, et pourra, si cet accident menaçait de se produire, arriver à y remédier à temps ; les fonctions digestives s'accompliront mieux ; l'estomac n'étant plus surmené, les indigestions se produiront plus rarement.

Que le malade soit surveillé de très près, et on ne verra pas ces diarrhées rebelles, ces constipations opiniâtres, ces rétentions d'urine, qui, négligées, mettent les malades dans un état toujours inquiétant, et souvent irrémédiable.

Il est bien évident aussi que les paralytiques, dont la motilité est souvent altérée, qui ont de la tendance à ne pas prendre un exercice suffisant, sont, plus que tout autre, voués aux affections bronchopulmonaires, si on ne les empêche pas de s'exposer aux intempéries.

Nous dirons de même des eschares : Elles sont évitables dans une large mesure. Il ne faut pas oublier que le paralytique alité est le plus souvent gâteux. S'il n'est pas entouré de soins de propreté constants, si, de plus, on le laisse trop longtemps en contact avec son urine et ses matières, reposant sans cesse sur la même partie du corps, sa peau s'excorie bientôt, à l'excoriation succède une plaie plus profonde, qui, non protégée, finit tôt ou tard par s'infecter, et amener ces phlegmons gangréneux si redoutés surtout à un moment où les pansements antiseptiques n'étaient pas encore connus.

De plus, certains malades provoquent eux-mêmes des excoriations parfois très étendues, en grattant sans cesse avec les ongles, ou en frottant sur les draps un point déterminé du corps. Nous en avons *surpris très souvent sur le fait:* Trois au moins de nos malades se sont ainsi fait des ulcérations qui ont guéri par la suppression de la cause, et nous pensons qu'il suffit, dans bien des cas, de couper très courts les ongles des malades, ou de s'ingénier à empêcher certains tics, pour voir disparaître rapidement, avec quelques précautions antiseptiques, des plaies dont l'existence ne s'expliquait pas.

Les soins de propreté, les grands bains souvent renouvelés, sont aussi d'une grande utilité.

Si nous insistons de la sorte sur les escarres, c'est qu'un très grand nombre d'auteurs en ont fait un trouble trophique des plus graves. Loin de nous la pensée de dénier à la paralysie générale toute espèce d'influence dans la production des troubles trophiques, mais ce que nous croyons être en droit de contester, c'est leur fréquence et surtout leur gravité : nous le répétons : les escarres sont en partie évitables, et dans un très grand nombre de cas, « elles ne sont pas un effet direct de la paralysie générale. »

Ce qui prouve bien à quel point on considérait autrefois les escarres comme une conséquence forcée de la paralysie générale, c'est qu'on avait imaginé un grand nombre de topiques spéciaux pour le traitement de ces complications.

Il est certain que, dans bien des cas, ces topiques généralement à base de substances irritantes et septiques étaient la cause des accidents (pyohémie, dénudation des saillies osseuses) rapportées par les auteurs.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons jamais vu employer ces traitements à la maison de santé de Vanves, aucun de nos malades ne les a subis, et comme les ulcérations qui se sont produites ont toutes guéri rapidement par les moyens ordinaires, nous en concluons légitimement qu'il n'y avait pas lieu d'en faire des troubles trophiques.

Sur ce point d'ailleurs, plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer Magnan et Sérieux, Christian et Ritti, Ballet (1), font les plus expresses réserves, et Vallon, Falret et Dupain (2) ont émis une opinion analogue à une Séance de la société médico-psychologique. Pinel (3) écrivait dès 1844 : « Il est un fait constant : c'est que les malades atteints de paralysie générale qu'on soigne en ville, qui sont isolés, et dont la position permet de leur donner tous les soins hygiéniques, et surtout de les changer de linge et de coucher autant de fois qu'il est nécessaire, vivent plus longtemps que ceux qui sont entassés dans les hospices.. Il y a là un premier enseignement, c'est que

1. Magnan et Sérieux, Christian et Ritti, Ballet. *Loco citato.*

2. Vallon, J. Falret, Dupain, *Ann. méd. psych.*, 1897, tome V, p. 94 et suiv.

3. Pinel, *loc. cit.*

les soins hygiéniques font la plus grande partie du traitement... »

Mais c'est surtout dans les auteurs anglais qu'on trouve cette opinion exprimée nettement et depuis longtemps déjà :

« La seule façon, dit Austin (1), de prévenir cette complication qui n'est pas toujours facilement traitable, est de tenir le malade rigoureusement propre et de ne jamais le laisser, s'il s'est souillé, dans ses draps mouillés par l'urine. Ce moyen s'il pouvait toujours être rigoureusement appliqué, serait sans aucun doute *toujours couronné de succès.* »

Bucknill et Tuke (2) sont aussi très catégoriques :

« Lorsque nous fîmes nos débuts dans la pratique médicale des asiles, les escarres étaient la règle dans les périodes avancées de la paralysie générale : maintenant elles ne constituent plus que quelques exceptions malheureuses.

Ce changement doit être attribué à notre façon d'agir actuelle qui consiste à laisser ces malades hors du lit pendant le jour, et à maintenir leur lit bien sec pendant la nuit.

Pour Mickle (3) enfin, on peut prévenir les escarres en « maintenant le malade dans une propreté parfaite, en le plaçant sur un matelas d'eau, le changeant souvent de position, en employant enfin tous les stratagèmes pour éviter la pression sur les points menacés. »

1, 2, 3, Austin, *Bucknill and Tuke Mickle. Loc. cit.*

Nous sommes heureux d'ajouter nos observations à celles de ces auteurs, et de les aider, dans la mesure de nos moyens, à démolir cette théorie de la gravité des escarres, et des complications en général.

Quant aux autres troubles trophiques, nous en parlerons peu, n'en ayant pas rencontré chez nos malades; On a noté la chute des ongles et des poils, le zona, le mal perforant, (Christian) (1), Marandon de Montyel) (2), etc., des lypômes symétriques multiples (Targowla), mais ces cas sont si rares relativement au nombre des paralytiques qu'on peut « se demander s'ils ne sont pas sous la dépendance de quelque complication (lésion de la moelle ou des nerfs périphériques) (3). »

Nous terminerons en disant un mot des applications cliniques qui semblent devoir être tirées des chiffres donnés et des constatations faites plus haut :

La plupart des auteurs ont bien décrit les phénomènes spasmodiques, les raideurs musculaires plus ou moins accentuées, les contractures à une certaine période. Mais avant M. Arnaud (4), on n'avait pas mis ces symptômes « en rapport avec telle ou telle modalité de la période terminale de la maladie ».

1. Christian. *Mal perforant du pied dans la paralysie générale, Ann. méd. psych.*, 1882.

2. Marandon de Montyel. *Mal perforant dans la paralysie générale. L'encéphale*, 1888.

3. Arnaud. *Loc. cit.*

4. Arnaud. *Loc. cit.*

Nous avons vu que ces symptômes existaient chez tous nos malades qui sont restés longtemps alités, et cela bien avant la période d'impotence, peu accentués d'abord (simple exagération des réflexes) puis très nets (raideurs musculaires et contractures).

Par contre, ils n'existaient pas chez la plupart des malades morts debout. Il faut donc voir là un rapport de cause à effet, comme le pense M. Arnaud, et cette constatation a une certaine importance.

Il n'est pas sans intérêt, en effet, pour le médecin, de prévoir quel sera le genre de mort du malade, de pouvoir dire, sans trop risquer d'être cruellement démenti par les faits, s'il mourra debout, en pleine force, d'une attaque, ou s'il terminera son existence alité et impotent.

Ces deux catégories de malades semblent se distinguer, en outre, par la durée de la maladie et la fréquence des attaques : les alités ont vécu généralement plus longtemps que les malades morts debout.

De plus, le nombre de leurs ictus a été plus considérable contrairement à ce que dit Legrain (1), pour lequel « les paralytiques *à attaques* ne sont pas ceux en général qui sont destinés à un alitement prolongé... Ils meurent encore en pleine force... »

Si on emploie l'expression de paralytiques *à attaques* pour désigner une catégorie de malades ; c'est bien aux spasmodiques que, d'après nos observations, nous devons l'appliquer.

1. Legrain. *Loco citato.*

OBSERVATIONS

Nos observations seront courtes : après quelques mots sur le diagnostic, les antécédents, l'état mental, nous verrons quel était l'état de santé physique des malades au moment de la mort, et de quelle façon cette dernière s'est produite.

Observation I (Arnaud).

Ernest D..., 36 ans, distillateur, entré à la maison de santé de Vanves le 29 mai 1889, pour Paralysie générale expansive à début brusque. (Il voyageait pour son commerce 15 jours avant l'entrée dans l'établissement).

Antécédents personnels. — Alcoolisme. Troubles gastriques pour lesquels il se soignait à Royat où son délire a éclaté.

Délire ambitieux et absurde, tous les signes physiques de la paralysie générale. Violente agitation qui a duré avec une intensité variable, mais sans réelle intermission, jusqu'à la mort.

En août 1889, accidents gastro-intestinaux très graves, mélœna, affaiblissement extrême. 3 ou 4 ictus congestifs très légers.

Vers la fin, répétait toujours les mêmes mots ; violent grincement de dents pendant plus d'un an.

Affaibli pendant sa dernière période, mais allant et venant sans trop de difficulté dans la maison. Pas d'escarres.

Mort debout, par congestion cérébro-pulmonaire le 3 mai 1891.

Durée de la maladie 2 ans.

Observation II (Arnaud).

Gaston C.... 40 ans, capitaine de cavalerie. Entré à la maison de santé de Vannes, le 12 septembre 1889, pour paralysie générale expansive.

Antécédents héréditaires. — Père mort paralytique général.

Antécédents personnels. — Six ans avant l'entrée, chute de cheval sur la tête.

Délire ambitieux et absurde ; tous les signes physiques de la Paralysie générale.

Agitation violente au début.

Ictus nombreux, un en février 1890, ou en novembre 1891, très grave, 5 légers de janvier à août 1893. Un en janvier 1894, et enfin un dernier qui l'emporte le 28 mai 1894.

Durant l'intervalle de ses nombreux ictus qui l'ont immobilisé une moyenne de 15 jours chacun, le malade se promenant sans aide, et a fait de même jusqu'à sa mort bien qu'il fût un peu affaibli à cette date.

Donc mort *debout*, par ictus. Pas d'escarres ni de troubles trophiques.

Durée de la maladie, 4 ans 1/2.

Observation III (Arnaud).

Léon P..., 57 ans, négociant, entré à la maison de santé de Vanves le 26 octobre 1889. Diagnostic. Paralysie générale avec phases d'excitation et de colère. Signes physiques très nets. Idées de richesses très développées. Un peu de faiblesse des membres inférieurs, ne l'empêchant nullement de se promener jusqu'à sa mort arrivée par ictus cérébral le 9 mai 1890.

Pas d'escarres, pas de troubles trophiques. Etat général bon. *Mort debout.*

Observation IV (Arnaud).

Paul J..., 36 ans, négociant, entré à la maison de santé de Vanves avec le diagnostic Paralysie Générale circulaire le 10 août 1890.

Antécédents personnels. — Syphilis certaine.

Phase de dépression mélancolique à la maison de santé de M. Magnan à Suresnes, puis excitation avec idées ambitieuses et troubles moraux. Deuxième accès dépressif avec idées de suicide et refus des aliments (Déc. 1890), puis excitation avec mégalomanie. Troisième accès mélancolique suivi de délire ambitieux. Signes physiques de la paralysie générale. Signes mentaux très nets : Conscience très incomplète de sa situation, mégalomanie, démence.

Etat physique satisfaisant au moment de la mort arrivée par ictus cérébral le 24 novembre 1892. *Mort debout.*

Pas d'escarres ni de troubles trophiques.

Observation V (Arnaud).

Emile F..., 45 ans, négociant, entre à la maison de santé de Vanves le 31 août 1890.

Diagnostic. — Paralysie générale expansive.

Antécédents personnels. — Syphilis ancienne certaine.

Signes physiques très nets de la paralysie générale ; affaiblissement de plus en plus marqué des facultés mentales ; idées de satisfaction, puis idées de grandeur ; léger ictus avant son entrée.

Le malade est emporté par une bronchite aigue, alors qu'il jouissait encore d'une grande liberté de mouvements.

En juillet 1891. — *Mort debout.*

Pas d'escarres. Aucun trouble trophique.

Observation VI (Arnaud).

Xavier S..., 43 ans, entre à la maison de santé de Vanves le 25 juin 1889.

Diagnostic. — Paralysie générale expansive.

Antécedents héréditaires. — Frère aliéné.

Antécédents personnels. — Syphilis certaine.

Début bien antérieur à son entrée ; a eu déjà plusieurs ictus épileptiformes.

Signes physiques très nets. Démence profonde, turbulence, agitation. En juillet 1889, plusieurs ictus, dont il se relève fort bien. La motilité n'est pas sensiblement atteinte jusqu'à la mort qui survient par ictus le 21 septembre 1899.

Mort debout. — Pas d'escarres ni de troubles trophiques.

Observation VII (Arnaud).

Louis C..., officier, 45 ans, entre à la maison de santé de Vanves le 8 janvier 1892. Diagnostic : Paralysie générale expansive. Syphilis probable. A eu déjà un léger ictus.

Affaiblissement considérable des facultés, idées de grandeur, tremblement des membres, des lèvres et de la langue, embarras de la parole, rétrécissement inégal des pupilles.

Motilité intacte jusqu'à la mort survenue par congestion pulmonaire en janvier 1894. *Mort debout.*

Aucun trouble trophique. Pas d'escarres.

Observation VIII (Arnaud).

Georges M..., 40 ans, homme politique, entré à la maison de santé de Vanves, le 3 avril 1890. Diagnostic : Paralysie générale. Grand affaiblissement des facultés, puis démence rapide avec idées ambitieuses et agitation intermittente. Embarras de la parole considérable, tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres, inégalité pupillaire.

Ictus épileptiforme avant l'entrée.

Nouvel ictus épileptiforme léger le 24 avril 1890, et enfin mort le 14 mai 1890 par ictus.

A part les quelques jours où les attaques l'ont forcé à garder le lit, le malade n'a cessé d'aller et venir sans aucun appui, et avec la plus grande facilité.

Il n'a jamais présenté aucun trouble trophique, et a été frappé par la mort dans un état de santé physique satisfaisant. *Mort debout.*

Observation IX (Arnaud).

Louis B..., 40 ans, officier de paix, entre à la maison de santé de Vanves, le 30 juin 1888. Diagnostic : Paralysie générale.

Affaiblissement considérable et rapide des facultés.

Début assez brusque.

Signes physiques très nets.

Délire très atténué. Alternatives d'optimisme et de dépression. Ictus en septembre 1889, en avril 1890, en juillet 1890, en mai 1891. Après l'ictus de juillet 1890, le malade a présenté un état général mauvais, dont il s'est relevé peu à peu, et à l'époque où la mort est survenue, il jouissait d'une santé physique satisfaisante.

La motilité était bien conservée. Pas de troubles trophiques.

Mort debout, par pneumonie, le 20 août 1891.

Observation X (Arnaud).

Edmond F..., 45 ans, rentier, entre à la maison de santé de Vannes le 7 octobre 1888.

Diagnostic. — Paralysie générale expansive.

Signes physiques très nets ; affaiblissement progressif des facultés mentales, puis démence complète. Idées ambitieuses. et de grandeur. Crises de violente agitation.

Motilité et force musculaire très bien conservées jusqu'à la mort survenue le 27 septembre 1889 par ictus épileptiformes

Mort debout.

Observation XI (Arnaud).

Charles M..., 40 ans, officier, entre à la maison de santé de Vanves, le 14 décembre 1888. Diagnostic : Paralysie générale expansive.

Début brusque, puis affaiblissement rapide des facultés.

En peu de mois, démence complète, avec idées de grandeur incohérentes ; embarras de la parole considérable, tremblement des membres, de la langue et des lèvres.

Très violente agitation.

Léger affaiblissement musculaire, mais qui n'a jamais forcé le malade à s'aliter.

Mort debout par ictus, le 9 mars 1890.

Aucun trouble trophique.

Observation XII (Arnaud).

Adolphe B..., 43 ans, avoué, entre à la maison de santé de Vanves le 26 février 1891. Diagnostic : Paralysie générale expansive ayant débuté brusquement.

Antécédents Personnels. — Excès alcooliques et vénériens. Syphilis certaine.

Embarras de la parole, inégalité pupillaire, tremblement de la langue et des lèvres. Délire ambitieux extrêmement développé, et démence s'installant rapidement.

Insuffisance aortique.

Faiblesse physique, mais cependant marche assez facile jusqu'à la mort arrivée subitement, par suite de sa lésion cardiaque. *Mort debout.*

Observation XIII (Arnaud).

Adolphe C..., 37 ans, industriel, entre à la maison de santé de Vanves le 2 avril 1891. Diagnostic. Paralysie générale expansive.

Excitation cérébrale.

Hérédité congestive et arthritique intense ; Vif chagrin.

Angoisses prolongées en soignant sa femme.

Signes physiques très nets.

Délire ambitieux très développé, vive excitation au début.

Léger ictus congestif en mai 1891. Othématome en février 1893. Idées de négation intermittentes.

Etat physique reste bon. Le malade se promène sans grande difficulté.

Violent ictus apoplectiforme, avec hémiplégie droite, suivi d'un état comateux avec secousses épileptiformes le 9 novembre 1893. Le malade meurt le lendemain, 10 novembre des suites de cet ictus.

Mort debout.

Observation XIV (Arnaud).

Charles R..., 33 ans, officier d'artillerie, entré le 12 juin 1892 à la maison de santé de Vanves pour paralysie générale expansive.

Antécédents. — Syphilis certaine. Nervosisme et hypocondrie.

Début brusque ; phénomènes d'excitation ; Inégalité pupillaire et embarras dans la parole très nets.

Optimisme habituel avec phases d'hypocondrie et d'agitation. Démence rapide.

Le malade a été dans un état de santé physique satisfaisant jusqu'à sa mort survenue rapidement par accidents gastro-intestinaux, le 16 novembre 1892. *Mort debout.*

Observation XV (Arnaud).

Pierre B..., 47 ans, négociant, entré à la maison de santé de Vanves le 23 juillet 1892 pour paralysie générale expansive.

Syphilis certaine.

Début progressif (Erreurs, négligence, irritabilité).

Affaiblissement extrême des facultés. Embarras de la parole. Optimisme morbide, insomnie, agitation automatique.

Très peu d'affaiblissement musculaire au moment de la mort déterminée par un ictus cérébral le 7 mars 1893. *Mort debout.*

Observation XVI

Henri K..., 42 ans, pharmacien, entré à la maison de santé de Vanves le 3 novembre 1894 pour paralysie générale : troubles dans la parole, affaiblissement intellectuel, agitation, optimisme exagéré, irritabilité, dépenses excessives.

Syphilis certaine. Insuffisance aortique, affaiblissement intellectuel de plus en plus prononcé.

Légère difficulté dans la marche par suite de son insuffisance aortique, mais jamais d'alitement.

Mort debout, subitement, de sa lésion cardiaque, le 12 octobre 1895.

Observation XVII (Arnaud).

Richard A. 42 ans, directeur d'usine, entre à la maison de santé de Vanves le 14 juillet 1895, pour Paralysie générale dépressive.

Syphilis et ataxie anciennes.

Idées hypocondriaques et de persécution; embarras de la parole, inégalité pupillaire.

Affaiblissement musculaire, mais jamais d'alitement et marche relativement facile jusqu'à la mort survenue par ictus le 17 janvier 1896. *Mort debout.*

Observation XVIII (Arnaud).

Georges A. 36 ans, commissionnaire entre à la maison de santé de Vanves le 21 février 1896 pour Paralysie générale expansive.

Symptômes de tabès depuis 7 ans. Syphilis ancienne.

Achats inconsidérés, affaiblissement général des facultés, actes délictueux, et symptômes physiques très nets : accrocs de la parole, inégalité pupillaire, tremblements.

Accentuation des symptômes mentaux, idées de grandeur très développées, démence. Léger ictus le 10 juillet 1896.

Santé physique bonne, et marche possible jusqu'à la mort causée par des ictus en série du 23 juillet au 1er août 1896. *Mort debout.*

Observation XIX (personnelle).

Jean-Marie C. 36 ans, secrétaire d'ambassade, entré à la maison de santé de Vanves le 4 juillet 1897 pour paralysie générale, avec inégalité pupillaire, tremblement de la langue, embarras de la parole, abaissement profond des facultés, moments d'agitation.

Le 15 juillet. — Ictus comateux léger ; sans perte de connaissance prolongée. Pas de convulsions dans les membres. Quelques secousses dans le côté gauche de la face.

Cinq jours après, nouvel ictus, emportant le malade (20 juillet 1897). Jusqu'à ces deux ictus qui se sont succédé à quelques jours d'intervalle, pas d'impotence appréciable. *Mort debout.*

Observation XX (personnelle).

Jules-Marie G. 50 ans, propriétaire, entré à la maison de santé de Vanves le 4 février 1896. Paralysie générale avec un mélange d'idées hypocondriaques, de négation et de grandeur ; signes physiques très nets.

Syphilis certaine.

Démence s'accentuant de plus en plus ; affaiblissement musculaire peu accentué, même aux derniers moments de la vie.

Ictus nombreux, tous épileptiformes, les 8 et 26 juillet, et le 10 décembre 1897, les 2 mars et 26 avril 1898.

Mort debout, le 26 octobre 1898, après une série d'ictus commencée le 6 octobre. Le malade bien qu'un peu affaibli,

n'avait jamais ni gardé le lit, ni cessé ses promenades habituelles jusqu'à sa dernière attaque.

Observation XXI (personnelle).

Abel F..., 48 ans, magistrat, entré à la maison de santé de Vanves le 1er février 1895. Paralysie générale avec idées hypocondriaques et de persécution. Ictus congestif six semaines avant son entrée.

Affaiblissement progressif des facultés, puis démence complète. Idées de négation et de grandeur.

En mai 1899, congestion lente avec rougeur de la face, parole impossible. Retour à l'état antérieur en quelques jours.

En août 1899. — Etat démentiel, mais excellent état physique, mouvements libres, aucun trouble de la locomotion. Nul trouble trophique à aucune époque.

Mort debout, par ictus, le 16 septembre 1899.

Observation XXII (personnelle).

Jules T..., 39 ans, voyageur de commerce, entré le 22 novembre 1899, pour paralysie générale avec vive excitation cérébrale, loquacité, idées de grandeur, de satisfaction, de richesse, projets grandioses, légers accrocs de la parole et inégalité pupillaire.

Décédé 20 jours après, par attaque congestive.

N'avait jamais gardé le lit sauf pendant les deux derniers jours. Force musculaire intacte. *Mort debout.*

Observation XXIII (personnelle).

Auguste B..., 53 ans, avocat, entré à la maison de santé de Vanves le 9 septembre 1899. Paralysie générale avec idées de grandeur très prononcées, embarras de la parole, inégalité pupillaire, agitation violente.

Syphilis ancienne.

Facultés intellectuelles très affaiblies.

Ictus épileptiforme le 4 novembre 1899, avec suppression de la parole et hémiplégie droite incomplète. Le 12, le retour à l'état antérieur est complet : atténuation du délire.

Mort debout en décembre 1899, d'un ictus épileptiforme analogue au précédent. Le malade avait conservé intactes jusque-là sa force musculaire et la liberté de ses mouvements. Nul trouble trophique.

Observation XXIV (personnelle).

Jean-Paul A..., âgé de 44 ans, propriétaire, entré à la maison de santé de Vanves le 4 octobre 1895.

Père mort aliéné à Bicêtre. Excès alcooliques récents.

Stigmates de dégénérescence.

Excitation maniaque, loquacité incohérente, idées absurdes de grandeur. Blésité et embarras de la parole, inégalité pupillaire faisant porter le diagnostic de paralysie générale à forme expansive au début.

Transféré le 11 février à la Maison nationale de Charenton il y est décédé le 15 mai 1896 de *tuberculose pulmonaire* à marche rapide, *n'ayant présenté à aucun moment d'impotence motrice. Mort debout.*

Observation XXV (personnelle).

Gustave M..., âgé de 54 ans, voyageur de commerce, entré à la maison de santé de Vanves le 31 décembre 1898. Paralysie générale au début caractérisée par un affaiblissement intellectuel avec optimisme très développé. Excitation avec idées de grandeur incohérentes, embarras de la parole, inégalité pupillaire. Abolition des réflexes rotuliens.

Rétention d'urine. Refus des aliments.

Syphilis remontant à 12 ans.

Transféré à la maison de Charenton le 13 février 1899 dans le même état de paralysie générale avec agitation il y est décédé le 3 mars 1899, de *congestion pulmonaire*. Forcément alité pendant cette période, il n'a donc pas été à même de marcher ; cependant jusqu'au dernier moment *il remuait bras et jambes* dans son lit. *Mort debout.*

Observation XXVI (personnelle).

Emile V...., âgé de 50 ans, financier.

Entré à la maison de santé de Vanves le 19 juillet 1898 avec un certificat des docteurs Rendu et Déjerine constatant les symptômes suivants : 1° excitation, incohérence et délire de satisfaction. 2° Troubles très prononcés de la parole, dysarthrie. 3° Un signe unilatéral d'Argyll-Robertson et l'abolition des réflexes patellaires.

Diagnostic. — Paralysie générale avec affaiblissement intellectuel et idées de satisfaction.

Même état jusqu'au mois d'août 1896, mais le malade présente un grand affaiblissement musculaire et une mauvaise santé physique qui le force à s'aliter au milieu de ce mois. Rétention d'urine.

Décédé le 5 septembre 1898 par suite *d'ictus apoplectiforme*.

Observation XXVII (Arnaud).

Gabriel G..., âgé de 36 ans. Diplomate.

Entré le 6 mai 1892 avec le diagnostic de paralysie générale expansive, à début progressif par symptômes médullaires en 1882. A déjà eu 4 ictus avant l'entrée. Syphilis certaine. Nervosisme et hypocondrie.

Le malade présente des phénomènes médullaires : douleurs fulgurantes, ataxie motrice, amblyopie, à marche irrégulière, avec des rémissions. Nombreuses attaques épileptiques. Hypocondrie et excitation mégalomaniaque.

Mort après une période d'affaiblissement, mais ayant été *alité peu de jours*, d'un *ictus épileptiforme* le 4 octobre 1892.

Observation XXVIII (Arnaud).

Casimir P..., 48 ans, rentier, entré à la maison de santé de Vanves le 16 mars 1889 avec le diagnostic de paralysie générale dépressive. Signes physiques très nets : démence paralytique, extrême difficulté de la parole, affaiblissement musculaire considérable, gâtisme, inégalité pupillaire.

Sorti le 22 octobre 1891 pour être transféré dans une autre maison, le malade qui présente le même état de démence

à marche rapide et d'affaiblissement progressif à la suite de plusieurs poussées congestives y est mort d'*ictus* après avoir été alité quelques jours.

Observation XXIX (Arnaud).

Charles P.,., 47 ans. Chef d'escadron.

Entré à la maison de santé de Vanves le 13 novembre 1893 pour paralysie générale au début caractérisée par les signes habituels très nets ; affaiblissement des facultés mentales avec idées ambitieuses multiples et absurdes, accrocs dans la parole, inégalité pupillaire, perte du réflexe patellaire, etc.

Fracture du péroné, le 10 décembre ; guérison parfaite.

Ictus en janvier 1895, suivi d'un affaiblissement physique considérable qui force le malade à s'aliter.

Mort le 24 février 1895, dans un état comateux à la suite d'un *ictus apoplectiforme*.

Observation XXX (Arnaud).

Emile Ch.-F..., 47 ans, lieutenant-colonel, entré à la maison de santé de Vanves, le 6 janvier 1889.

Paralysie générale dépressive ayant débuté quelques mois avant. Quelques vertiges avant l'entrée.

Présente des signes physiques accentués : embarras de la parole, tremblement fibrillaire de la langue, inégalité pupillaire, etc. Demi stupeur, délire hypocondriaque et de négation ; quelques idées de grandeur.

Les signes physiques s'accentuent en février 1890, le malade s'affaiblit ; mutisme volontaire et immobilité.

Mort par *ictus cérébral* le 18 octobre 1890, après quelques jours d'alitement.

Observation XXXI (Arnaud).

Georges T..., négociant, 36 ans, entré à la maison de santé de Vanves le 4 avril 1891 pour paralysie générale à forme expansive, à début progressif, environ deux ans avant l'entrée, par migraine ophtalmique. Hérédité congestive et convulsive, ictus, syphilis probable.

Marche irrégulièrement progressive avec rémission incomplète.

Octobre 1891. — Plusieurs ictus de moyenne intensité. Le malade affaibli quitte la maison de santé le 15 novembre 1891. *Mort* le 7 août 1895 *d'ictus cérébral* après quelques jours d'alitement.

Observation XXXII (Arnaud).

Charles L..., 56 ans, courtier, entré à la maison de santé de Vanves le 5 avril 1889, atteint de paralysie générale dépressive. Hémiplégie gauche incomplète, consécutive à des attaques épileptiformes. Signes physiques très nets ; délire de négation et hypocondriaque.

Le 25 avril, *ictus* épileptiforme, hémiplégie. Mutisme.

A la fin de juilet, nouvelle attaque congestive prolongée avec convulsions du côté gauche ; affaiblissement physique et mental. L'alimentation devient difficile.

Le malade est obligé de garder le lit au mois de décembre et il meurt en janvier 1890 par *ictus* cérébral consécutif à la paralysie générale.

Observation XXXIII (Arnaud).

Ernest D..., âgé de 33 ans, ancien négociant, entré à le maison de santé de Vanves le 2 novembre 1889, atteint de paralysie générale expansive avec démence à marche rapide. Début assez brusque de l'affection.

Courte période d'agitation au début, puis démence s'accentuant rapidement, affaiblissement des forces musculaires. Dès février 1890, optimisme enfantin et calme ; deux ou trois légères congestions.

Le malade de plus en plus affaibli et gâteux s'alite complètement en 1893 et meurt le 19 août suivant par suite de convulsions épileptiformes dues à un *ictus cérébral*, après un mois de lit, sa paralysie générale ayant évolué pendant 4 ans.

Observation XXXIV (Arnaud).

Armand G..., 36 ans, négociant, entré à la maison de santé de Vanves le 11 octobre 1888 pour paralysie générale expansive, démence à marche rapide. Avant son entrée, ce malade aurait eu (d'après son médecin) plusieurs *ictus épileptiformes*.

A l'entrée, délire ambitieux et signes physiques très nets : deux *attaques épileptiformes* en mars et avril 1889. Puis, ré-

mission incomplète pendant près de deux ans (persistance de l'affaiblissement intellectuel, d'optimisme, d'hésitation de la parole et d'inégalité pupillaire).

Avril 1891. — Léger *ictus* avec ptosis gauche qui a duré plusieurs semaines.

Mai 1891. — *Ictus apoplectiforme* grave avec perte de connaissance ayant duré 2 heures et suivi d'un affaiblissement considérable des facultés avec optimisme, inconscience et apathie.

Janvier 1893. — Léger *ictus* congestif suivi d'une accentuation des signes physiques, gâtisme, démence complète.

Septembre 1894. — *Ictus* léger.

Janvier 1895. — *Ictus* assez fort suivi d'agitation, d'embarras de la parole, de ptosis et d'impotence musculaire presque complète.

Février 1895. — Affaiblissement progressif ; impossibilité de parler et de marcher. Malade alité. Symptômes spasmodiques.

Mort le 1er avril 1895 par *ictus épileptiforme*.

Observation XXXV (personnelle).

Maxime D..., âgé de 35 ans, Consul de France, entré à la maison de santé de Vanves le 30 octobre 1897. Le malade présentait de l'affaiblissement des facultés avec irritabilité, mélange d'optimisme morbide et d'idées de persécution, embarras considérable de la parole, inégalité pupillaire, troubles moteurs accentués, etc., faisant diagnostiquer qu'il est atteint de paralysie générale. Syphilis ancienne.

Novembre 1898. — Affaiblissement musculaire généralisé, mais pas de raideur et marche facile.

Janvier 1899. — Raideurs accentuées des membres supérieurs.

Avril 1899. — Les raideurs gagnent les membres inférieurs, marche gênée mais encore assez facile.

Septembre 1899. — Le 29, *ictus gauche*, sans perte complète de connaissance; secousses lentes dans le bras et la jambe, légères contractions de la face et des yeux. Le malade ne quitte plus le lit.

Octobre 1899. — Diminution graduelle des mouvements convulsifs qui ne disparaissent tout à fait que le 5. Parole supprimée; demi-stupeur.

Le 15. — Nouvel *ictus* gauche semblable au précédent mais avec secousses de la face plus accentuées qui ne disparaissent qu'au commencement de novembre.

Novembre 1899. — Vers le 20, retour des secousses sans ictus appréciable, mauvais état général, alitement complet depuis la fin de septembre.

Décembre 1899. — Après 3 semaines les secousses ont disparu graduellement. Alimentation difficile, amaigrissement, grande faiblesse, manifestations psychiques anéanties. Raideurs musculaires toujours très marquées.

Mort le 1er janvier par *ictus* cérébral consécutif à sa paralysie générale.

Observation XXXVI (Arnaud).

Charles B..., âgé de 39 ans, sous-préfet, entre à la maison de santé de Vanves le 8 juillet 1891 (deuxième internement)

avec le diagnostic de paralysie générale expansive. Début progressif par douleurs fulgurantes aux membres inférieurs, diplopie.

Ictus avant l'entrée. Père diabétique, tante aliénée, plusieurs morts dans sa famille par congestion cérébrale, syphilis probable.

Un an avant l'entrée, phénomènes congestifs avec faiblesse du bras droit. Après un premier internement, rémission et sortie mais le malade se dit lui-même *diminué*, incapable d'aucun travail mental. Au deuxième internement, idées ambitieuses, affaiblissement physique et démence. Troisième internement : aggravation des signes physiques : embarras de la parole, tremblement fibrillaire de la langue, inégalité pupillaire, etc. Périodes de vive excitation, refus des aliments, rétention d'urine, affaiblissement physique.

Ictus épileptiformes graves, en série, du 23 au 26 décembre 1893, le 29 avril 1894, le 12 janvier 1895.

Raideurs musculaires, affaiblissement physique rendant la marche difficile.

Mort par *ictus cérébral* le 12 avril 1898.

Observation XXXVII (Arnaud).

Alfred C..., 49 ans, rentier, entré à la maison de santé de Vanves le 19 novembre 1889 atteint de démence paralytique ayant débuté par des accès de dépression mélancolique. Paralysie faciale droite, syphilis certaine.

Signes physiques assez nets. Exagération des réflexes rotuliens, un peu de raideur des membres inférieurs.

Septembre 1890. — La marche devient difficile ; glycosurie et augmentation de l'affaiblissemént musculaire.

Mai 1891. — Glycosurie très diminuée. Raideur et ataxie des membres. Etat démentiel, phases d'excitation. Convulsions et parésie droites. Grincement des dents. Le malade est alité.

Même état jusqu'au 23 février 1892, époque à laquelle le malade est enlevé par un *ictus*.

Observation XXXVIII (Arnaud).

Léon A..., 44 ans, sans profession, entré le 7 juillet 1892 atteint de paralysie générale expansive caractérisée par les signes habituels (optimisme morbide, embarras de la parole, tremblement de la langue, inégalité pupillaire, faiblesse musculaire, etc.) et ayant débuté il y a environ 3 ans (ptosis, diplopie, amaurose, puis vertiges et mélancolie). Syphilis probable.

En août 1892, congestion lente avec paralysie gauche, affaiblissement physique.

Mort le 30 janvier 1893, après une période d'alitement de 6 mois, d'un *ictus apoplectiforme*.

Observation XXXIX (personnelle)

Louis D..., âgé de 58 ans, fabricant de vélocipèdes, entré à la maison de santé de Vanves le 26 avril 1897, ne présentant presqu'aucun signe physique de paralysie générale mais une vive excitation cérébrale avec optimisme et idées de satisfaction. Syphilis ancienne.

En mai 1897. — Poussées congestives fréquentes, inégalité pupillaire.

Janvier 1898. — Même état mental, tremblement très intense, généralisé à tout le corps mais pas de tremblement fibrillaire de la langue.

Juillet 1898. — Marche impossible, tremblement et spasmes très intenses. Idées de grandeur énormes, de caractère paralytique. Le malade est alité.

Janvier 1899. — Grand affaiblissement physique et mental, parole rare et difficile.

Transféré dans le même état à l'asile de Sainte Anne le 17 mars 1899, le malade y est mort couché, par *ictus cérébral* le 23 avril 1899.

Observation XL (personnelle)

Gaston G..., 37 ans, restaurateur, entré à la maison de Vanves le 12 juin 1895, atteint de paralysie générale expansive avec idées de grandeur et de satisfaction absurdes, embarras de la parole, tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres, faiblesse des membres inférieurs.

Même état de démence paralytique avec alternatives d'amélioration et d'aggravation de l'état physique jusqu'en août 1896.

Le 8 août 1896. — Léger *ictus apoplectiforme* sans perte de connaissance ni de la parole, hémiplégie gauche incomplète.

Le 22 novembre 1896. — Ictus apoplectiforme gauche sans perte de connaissance.

Décembre 1896. — Spasmes, contractures momentanées rendant la marche très difficile.

Janvier 1897. — *Ictus* apoplectiforme gauche. Marche à peu près impossible par raideur musculaire. Othématome gauche

Mars 1897. — Marche impossible, force musculaire assez bien conservée même à gauche.

Juin 1897. — Ictus épileptiforme (plusieurs heures).

Le lendemain, retour à l'état antérieur : impotence locomotrice avec conservation de la force musculaire, délire expansif.

Janvier 1898. — *Escarres* à droite sur la crête iliaque et le grand trochanter.

Février 1898. — Impotence complète, *sans paralysie*, par raideurs et contractures. *Escarres à peu près guéries.*

Avril 1898. — *Escarres complètement cicatrisées* vers le 15. Le 27 *ictus épilepliforme* gauche, très intense, suivi d'un état semi-comateux pendant la journée. Retour à l'état antérieur trois jours après.

Mai 1898. — Démence complète, contractures en flexion, ne peut quitter le lit.

Août 1898. — Le 15, *ictus épilepliforme* avec perte de connaissance assez longue.

Janvier 1899. — Le 18, *ictus convulsif* gauche, perte de connaissance très courte.

Les 19 et 20. — Deux *ictus apoplectiformes* légers sans perte de connaissance.

Le 22. — Au matin, le malade fume légèrement la pipe, langue déviée à gauche, parole impossible, respiration difficile exclusivement nasale, rapide.

Pouls fréquent, peau chaude, coma commençant.

Mort dans la nuit par *ictus* cérébral.

Observation LXI (Arnaud).

Louis D..., 45 ans, négociant, entré le 21 février 1893 pour paralysie générale à forme expansive ayant débuté progressivement plus d'un an avant l'entrée. Signes physiques très caractérisés.

Ce malade a eu un grand nombre *d'ictus épileptiformes* localisés, en général, à droite, le 23 décembre 1893, le 27 février 1894, les 4, 18, 23 mars 1894, le 30 avril, 12 juin, le 20 juillet, le 5 août, deux séries en septembre, les 3, 7, 21 octobre, le 14 janvier 1895, secousses légères du 1 au 3 février. *Mort* par *ictus* épileptiforme court, mais très violent le 5 février 1895.

Depuis le mois d'août 1894, la marche était impossible ; en décembre 1894 les raideurs musculaires forçaient le malade à garder le lit ou à rester dans un fauteuil.

Observation LXII (Arnaud).

Isidore G..., 51 ans, professeur de gymnastique, entre à la maison de santé de Vanves, le 16 novembre 1886, dans un état d'excitation maniaque avec idées absurdes de richesse et de grandeur, et présentant les signes physiques de la paralysie générale.

Démence rapide et affaiblissement musculaire progressif avec tendances congestives marquées jusqu'en septembre 1889. A partir de cette époque le malade ne peut plus quitter son lit et il *meurt* le 9 mars 1891 d'un *ictus apoplectiforme* consécutif à sa paralysie générale.

Observation XLIII (Arnaud).

Henri de C..., propriétaire, âgé de 39 ans, entre le 28 février 1893 à la maison de santé de Vanves, atteint de paralysie générale expansive à début progressif, remontant au moins à deux ans.

Hérédité. — Mère faible d'esprit et bizarre, père diabétique, frère déséquilibré, deux cousins aliénés.

Ni alcoolisme, ni syphilis. Ce malade a toujours été un peu étrange, concentré, irritable, hypochondriaque. A souffert de migraines et de névralgies violentes.

Modification profonde du sens moral au début. Puis idées ambitieuses mêlées à des idées hypocondriaques, d'empoisonnement, de persécution, etc.

Signes physiques de paralysie générale très nets.

Avril 1893. — Léger *ictus* congestif.

Octobre 1895. — Léger *ictus*.

Avril 1896. — Le 10, violent *ictus* épileptiforme, suivi d'une série de crises entraînant la mort le 16 avril 1896.

Depuis environ 18 mois ce malade présentait un grand affaiblissement physique avec spasmes et contractures empêchant la marche.

Il était couché depuis un an environ.

Observation XLIV (Arnaud).

Philibert F. de B..., 34 ans, Capitaine, entré à la maison de santé de Vanves le 11 juin 1883, pour paralysie générale expansive, à démence rapide. Signes physiques accentués.

Syphilis certaine.

L'affaiblissement physique augmente progressivement et en avril 1888 le malade dut garder le lit ; ses membres sont contractés et atrophiés ; il ne pousse plus que quelques sons inarticulés.

En 1889, démence paralytique avec cachexie extrême ; contractures généralisées, amaigrissement considérable.

En 1890. — En février, apparition d'*escharres* qui, traitées par des pansements antiseptiques et des bains fréquents s'améliorent lentement et sont complètement guéries au mois d'août.

En 1890, 1891, même état de profonde cachexie paralytique, contractures, etc.

En avril 1893, léger *ictus* cérébral.

Mort dans le *marasme*, sans ictus, le 13 juin 1892, sa maladie ayant duré 9 ans dont 4 d'alitement absolu.

CONCLUSIONS

Nous croyons pouvoir résumer les faits qui précèdent dans les assertions suivantes que nous poserons en conclusions :

1° Un grand nombre de paralytiques généraux, la moitié peut-être, *meurent debout,* sans avoir réalisé le sombre tableau que les auteurs ont tracé de la période terminale.

Quant aux autres, ils meurent *après une période d'alitement* plus ou moins longue, dans un état d'impotence plus ou moins accentuée, mais nous sommes autorisés à dire qu'il y a de l'exagération dans la description classique et que celle-ci a été trop généralisée. Les malades de cette catégorie présentent presque toujours des symptômes spasmodiques (exagération des réflexes, raideurs musculaires, contractures) à début précoce et qu'on ne rencontre presque jamais chez les paralytiques qui meurent debout. Les attaques paraissent aussi plus fréquentes chez les malades alités.

2° Les ictus que nous rangeons parmi les *symptômes* et non parmi les complications de la paralysie

générale, sont la cause «*naturelle et plus fréquente*» de la mort dans cette maladie.

3° Nous pensons aussi qu'on a exagéré la fréquence et la gravité des troubles trophiques (en particulier des escarres). Il est d'une haute importance que le médecin soit bien convaincu de ce fait que la plupart sont évitables, ne se produisent pas nécessairement, et qu'on peut les rendre *exceptionnels* par des soins bien compris et des précautions de toutes sortes.

Vu : le président de la thèse
RAYMOND

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bayle (A. L. J.). — Traité des maladies du cerveau et de ses membranes. Paris Gabon, et Cie, 1826.

— De la cause organique de l'aliénation mentale accompagnée de Par. Gén. Ann. méd. psych. 1855.

Calmeil. — De la paralysie considérée chez les aliénés. Paris J. B. Baillière, 1826.

— Traité des maladies inflammatoires du cerveau. Paris J. B. Baillière et fils, 1859.

Pinel. — Pathologie cérébrale, Paris, Rouvier, 1844.

Hubert-Rodrigues. — Traité de la paralysie générale chronique. Anvers, Imp. Buschman, 1847.

Lunier. — Recherches sur la Par. Gén. progr. Extrait des ann. méd. psych. Paris, Masson, 1849.

Austin (J.). — A practical account of gén. paral. London Churchill, 1859.

Trélat. — De la paralysie gén. Annales méd. psych. 1855.

Quatrefages. — De la paral. gén. des aliénés. Montpellier, 1861.

Sankey. — Lectures on mental diseases. London, Churchill and sons, 1866.

Munoz. — Quelques mots sur la démence paralytique observée à l'île de Cuba. Ann. méd. psych., mars 1866.

Clouston. — Complicat. de la Par. gén., In Mental science, 4e Trim. 1875.

Foville. — Dictionnaire de Jaccoud. Art. Paral. gén. 1878.

Voisin (A.). — Traité de la Par. gén. des aliénés. Paris Baillière, 1879.

Bucknill (C.) and Tuke (H.). — A. manual of psychologica medecine, London, Churchill, 1879.

Hammond. — Traité des maladies du système nerveux. Trad. Labadie-Lagrave. Baillière, 1879.

Bra. — Manuel des maladies mentales. Paris Delahaye, 1883.

Lasègue. — Leçons sur la par. gén. rédigées par le Dr Motet. In Etudes médicales T. I. Asselin et Cie, 1884.

Christian et Ritti. — Art. Paral. Gén. In Dict. encyclop. des sciences méd., 1884.

Christian. — Société médico-psychol. 30 nov. 1889.

— Mal perforant du pied dans le P. G. Ann. méd. psych., 1882.

Mickle. — On general paralysis of the insane. 2e édit. London Lewis, 1886.

Carrier. — Complic. viscérales de la Par. Gén. Ann. méd. psych. 1885.

Schüle (H.). — Traité clinique des maladies ment. Trad. Dagonet et Duhamel. Paris, Lecrosnier et Barbé, 1888.

Marandon de Montyel. — Mal perforant dans la Paral. gén. L'Encéphale, 1888.

Cullerre. — Traité pratique des mal. mentales. Baillière, 1890.

Régis (E.). — Manuel pratique des mal. mentales. 2e édit. Paris O. Doin, 1892.

Dagonet. — Traité des mal. mentales. Paris, Baillière, 1894.

Charcot. — Maladies du syst. nerveux. T. I, p. 252.

Magnan et Sérieux. — La Paralysie génér. Collection Léauté. Paris, Masson, 1894.

Ballet (G.) et Blocq. — Traité de médecine de Bouchard et Charcot. Art. Paralysie Gén.

Legrain. — Société méd. psychol. 26 novembre 1894.

Falret (J). Vallon. Dupain. — Ann. méd. psych. 1897 T. V. P. 94 et suiv.

Arnaud (F. L.). — Société médico-psychologique. 30 nov. 1896.

— Sur la période termin. de la Par. Gén. Archives de Neurologie, 1897.

Krafft-Ebing. — Traité clinique de psychiâtrie, 5e édit. Trad. E. Laurent, Paris Maloine, 1897.

Emil Kræpelin. — Traité de psychiâtrie, 2e vol. (psychiâtrie clinique), 1899.

Huet. — Manuel de médecine de Debove et Achard. Art. Paralysie générale. 1re édition.

JOUVE et BOYER, imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris